

Library
of Parliament



Bibliothèque
du Parlement

**QUEBEC'S HEALTH REVIEW
(THE CLAIR COMMISSION)**

**Howard Chodos
Political and Social Affairs Division**

26 February 2001

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

The Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

**CE DOCUMENT EST AUSSI
PUBLIÉ EN FRANÇAIS**

TABLE OF CONTENTS

	Page
HIGHLIGHTS	1
PART I – SUMMARY OF THE CLAIR COMMISSION REPORT	1
A. Towards a New Vision for the Next Decade	2
B. The Organization of Health-Care Delivery	3
1. Prevention	3
2. Primary Care	4
3. Services for People With Special Needs.....	4
4. The Coordination of Specialized Services.....	5
5. Granting Greater Responsibility to Doctors and Nurses.....	5
C. Human Resources.....	5
D. Public Funding	6
E. Governance.....	8
PART II – THE CLAIR COMMISSION: THE REACTION SO FAR	9
A. Selected Reactions	10
1. Stakeholders.....	10
2. Other Reactions.....	10
3. The Government's Response	11





CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

QUEBEC'S HEALTH REVIEW (THE CLAIR COMMISSION)

HIGHLIGHTS

The first part of this paper summarizes key elements of the analysis of Quebec's health-care system contained in the report of the Clair Commission, handed down on 17 January 2001, as well as its main recommendations. This summary is followed by a brief account of the reaction to the report on the part of stakeholders, commentators and the government.

The Commission's report concentrated primarily on the reform of the delivery of primary health-care services and on issues relating to the funding of the health-care system. Among its 36 recommendations and 59 proposals are a number of innovative suggestions, including:

- the reorganization of the delivery of primary health-care services by encouraging the formation of group family practices made up of 6-10 physicians that would provide care to a roster of patients 24 hours a day, 7 days a week; and
- the creation of a dedicated "loss of autonomy" insurance fund financed by taxpayers that would be used to pay for an expansion of homecare and institutional services to the growing number of elderly persons.

PART I – SUMMARY OF THE CLAIR COMMISSION REPORT

On 17 January 2001, the commission appointed by the Quebec Government in June 2000 to study the province's provision of health and social services – known as the Clair Commission (after its chair, Michel Clair) – handed down its final report and recommendations, entitled *The Emerging Solutions*. In public hearings held across the province, the Commission received 212 submissions, and heard testimony from 124 representatives of various

organizations. In addition, it delegated the responsibility of hearing from the public at large to regional health bodies which received a further 550 submissions and heard directly from 6,000 individuals. The regional health bodies then reported their findings directly to the commission. Finally, the Commission sponsored an extensive public opinion survey and organized four thematic conferences where it heard from more than 30 expert witnesses from Quebec, across Canada and abroad.

The report contains 36 broad recommendations, supported by 59 proposals for their implementation. These deal with the two main themes on which the Commission concentrated, i.e., the way health services are organized and delivered, and public funding. However, they also touch on issues of human resource management and planning as well as on the overall governance of the health-care system.

A. Towards a New Vision for the Next Decade

In their introduction, the commissioners note that the problems confronted by the health-care system in the province of Quebec mirror those faced by countries around the world. These are framed by a central imperative: as scientific and medical advances expand the possibilities for intervention, and these entail growing costs, decisions must be made at all levels of society. Decision-makers are confronted by the need to choose how to spend limited resources, while ordinary citizens must decide which is more important: social solidarity and fairness, or the expansion of individual control.

Drawing on a report from the World Health Organization, the commission report insists on the fact that all health-care systems must recognize the inevitability of some degree of rationing, and that it is up to the state to put in place the procedures that will allow decisions to be made on what services should be provided. An unavoidable aspect of this process involves the need to establish a balance between those services provided to the population as a whole, and clinical treatment administered to individual patients. For its part, the Commission clearly opts to seek ways of making health promotion and prevention a priority.

B. The Organization of Health-Care Delivery

In the spirit of this basic orientation, the Commission tackles the organization of the delivery of health services in the second chapter of the report. It notes that the structure of health-care delivery in Quebec is still stuck in the 1970s, with an overemphasis on individual professional practices, the autonomy of each health-care establishment and a general approach based on "silos" that allows each component of the system to function independently of the others. According to the Commission, the many changes that have taken place in the organization of the health system in recent years – including the closing of hospitals and a reduction in the length of hospital stays – have mainly been done in reaction to events rather than flowing from a new vision that is truly adapted to the changing circumstances.

The Commission begins the process of outlining its own vision by re-evaluating the role of the family doctor. The core of its approach in this area is to encourage the formation of group practices composed of 6-10 physicians that would be able to provide comprehensive primary care to patients 24 hours a day, 7 days a week. This expansion of front-line service would be further facilitated by giving a greater role to nurse practitioners, as well as by using the existing structure of community-based health centres (CLSCs – Centres locaux de services communautaires) to coordinate the activities of these group practices, and to supplement them with a variety of specialized services. Moreover, the Commission suggests that electronic medical files be established in order to ensure the continuity of service required.

The Commission's recommendations with regard to the organization of service delivery are structured thematically. Selected highlights follow.

1. Prevention

In the Commission's view, prevention constitutes the central element of health policy and it is up to the Government as a whole, and not simply the Ministry of Health and Social Services, to assume overall responsibility for the health of the population. The Commission recognizes that results in health prevention become visible in the medium rather than in the short term, and that priorities must be set that take into account three important dimensions of the problem:

- different risk factors contribute to a number of different health problems (e.g., tobacco consumption increases the risk for heart diseases, cancer and respiratory illness);

- the first years of life are critical; and
- an integrated approach is required.

2. Primary Care

The Commission recommends that Quebec's current twin components, i.e., doctors' practices and the network of CLSCs, be recognized as the foundation of primary health-care delivery. It sees the possibility for a coordination of services based on cooperation between the two levels, rather than through their forced marriage. The CLSCs would concentrate on the social dimension, while group medical practices would be at the centre of the delivery of medical services. Concretely, the CLSCs would develop a common set of services that would be offered across the province and, in particular, they would be responsible for the provision of basic "psychosocial" care. The CLSCs would contract with group family practices, made up of 6-10 GPs as well as nurses, with each doctor being responsible for approximately 1,000-1,800 people. Patients would still be able to choose their own family doctor but would sign an agreement to stay with them for a period of approximately six months, after which it would be possible to change physicians. Doctors would be paid using a mixed formula that would combine payment for each patient registered with the doctor's practice, payment for the doctor's participation in outside programs, and contractual fees as well as fee-for-service. The Commission proposes that this system be instituted gradually, on a voluntary basis, with a target of about 75% of the population being enrolled in group practices within five years.

3. Services for People With Special Needs

One of the more innovative recommendations of the Commission report concerns the establishment of a dedicated fund for financing an integrated network of services for older people experiencing a loss of autonomy.⁽¹⁾ The Commission based its recommendations in this area on the recognition that elderly persons experiencing a loss of autonomy require a complex, specialized and integrated set of services that would allow the most appropriate form of care to be delivered regardless of location. The responsibility for ensuring the coordinated provision of these services would fall to the CLSCs in collaboration with group family practices, which

(1) The funding proposal will be discussed below in the section on public funding.

would contract with the CLSC to take charge of patient care. A special budget for these services would be assigned at a regional level, with the objective of increasing the availability and quality both of homecare and of institutional services across the province.

4. The Coordination of Specialized Services

The Commission recommends the formalizing of a hierarchical structure for specialized hospital services, divided amongst local, regional and teaching hospitals, each with an increasing level of specialization. As well, in keeping with its intention to allow medically necessary services to be provided in a variety of settings, the Commission proposes to allow specialized private practices to affiliate with hospitals. It hopes that the provision of certain procedures outside a hospital setting would improve access and shorten waiting lists. These services would be offered under the supervision of hospital staff, and patients would incur no additional charges. Given the innovative character of this recommendation, the Commission suggests that it be implemented gradually following a series of pilot projects.

5. Granting Greater Responsibility to Doctors and Nurses

The Commission recommends that nurse practitioners be trained and gradually integrated into the system.

C. Human Resources

The third chapter of the report deals with human resource issues. The Commission laments the fact that, despite their centrality to the overall functioning of the system, human resource issues have never been accorded strategic importance. It notes that the management approach that had been widely adopted in the health sector was largely based on a conflictual industrial relations model that does not allow for either the public interest or client needs to be fully respected. It therefore calls for a thorough reorganization of work procedures involving both unions and management, with the aim of counteracting the demoralization that has become endemic. To this end, it proposes that each establishment inaugurate a project designed to link management, professional and other staff in coordinating their efforts to

improve client service. The Commission also identified the need to find ways to base promotion on both merit and seniority rather than exclusively on the latter.

D. Public Funding

The fourth chapter deals with the funding of the system. The Commission notes that there has been a drift from conceiving of health care as a set of insured services towards the idea of an individual right to service. It believes that this has been accompanied by growing confusion over what is and what is not insured by the public system to the point that no one can any longer identify who is supposed to provide what to whom, how quickly and in what location. Only experts are able to decipher the costs of various services, and no one really knows who decides which services are to be covered, where the money comes from, and where it all goes.

The Commission reaffirms the social importance of the five principles of the *Canada Health Act (CHA)* but points out that they must be reinterpreted according to contemporary realities. While rejecting a two-tier system, and insisting that public funding remain the foundation of the system, the Commission also calls for a paradigm shift that would replace a conformist culture with an innovative and entrepreneurial one, and that would foster partnerships between public, private and third-sector institutions.

To preserve the province's ability to provide health services over the long term in the face of growing expenses, the Commission recommends that the Government set out the maximum level of public expenditure it considers acceptable and provide triennial budget provisions for the health-care network.

The Commission states clearly that public finances should remain the main source of funding for insured services, but it also recommends that other forms of collective insurance be explored to pay for an expansion of service and that a special fund be created to deal with the needs of an aging population, paid for through a "loss of autonomy" tax on the whole population. While recognizing that recent increases in federal transfer payments to the provinces have improved the funding situation in the health-care sector, the Commission nonetheless feels that these contributions are not enough.

It therefore calls on the Quebec Government to seek additional funding at a level five or six times the amount that has already been allocated by the federal government. This would be invested over a period of five to six years in the renewal of medical equipment, the

deployment of information technology, the reorganization of primary care and new infrastructure. In order to break down funding "silos," the Commission proposes instead to base the allocation of resources on a "population" basis that would allow for an integrated approach to service delivery, and to replace a hierarchical and bureaucratic model with one based on contractual links between the different elements of the system.

The Commission notes that the basket of insured services has not kept pace with demographic, epidemiological and technological changes. Despite the widespread desire to avoid a two-tier system, the Commission notes that there already are many grey areas fostered by the lack of resources. It questions the logic of not insuring homecare services even when these are cost effective, or of insisting on the provision of services through hospital emergency wards when these cost more than they would in a less intensive setting.

Although it did not have a mandate to reinterpret the five principles of the *CHA* itself, the Commission nonetheless highlights the inequities produced by the way in which these are currently understood and suggests that the need to review them is urgent. The Commission recommends that the government establish, through legislation, a credible body – composed of scientific experts, medical specialists, ethicists and respected citizens – that could continuously reassess the basket of insured services as well as make proposals concerning the adoption of new technologies and new treatments.

The Commission noted that there are currently no mechanisms in place to allow for a systematic monitoring of the various cost drivers affecting the system, and calls on the government to develop a plan of action in this regard. It points out that many of its own recommendations could have a positive impact on controlling costs, including the implementation of electronic records and a "smart card" that would give all health-care providers access to a patient's medical records. Furthermore, the Commission recommends that various partnership programs be initiated with the private sector, both for-profit and non-profit, noting that the level of private participation is higher in many countries with publicly financed systems than in Canada and not nearly as controversial as it is here.

The Commission calls for the implementation of a "corvée" that would mobilize funding from the private sector, unions, health-care professionals, the public at large, philanthropic foundations, and the federal and provincial governments in a major investment program in health-care technology and infrastructure. It also suggests that certain support

services in the hospital sector (laundry, food services) be progressively transformed into mixed ownership corporations, in which the unions would be invited to invest. Finally, it recommends that the government create a Quebec Techmed Foundation in order to foster investment in medical technology. It would be seeded with \$100 million in government funds, but would seek a further \$500 million from various private sources; these would be given generous tax incentives to invest.

As mentioned earlier, one of the report's innovative recommendations calls for the creation of a dedicated insurance fund, financed by a special tax, to cover long-term loss of autonomy. According to the Commission, this would enable the system to simultaneously meet a number of objectives: allow an equitable system of homecare and institutional care to be established across the province; reduce the costs and inconvenience associated with long-term hospitalization; and support and supplement the work of non-professional caregivers. The Commission insists that this fund must be separate from general provincial revenues, and it therefore recommends that the fund be administered by a body such as the Quebec Pension Fund.

E. Governance

The final chapter of the Commission's report deals with the question of the governance of the health-care system at the provincial, regional and local levels. The Commission notes that there is widespread dissatisfaction across the network with the functioning based on "silos" and the ensuing "turf wars." At the same time, in view of the system's complexity, the Commission believed that the most appropriate course of action was to suggest making only the most urgent changes. It recommends that the Ministry of Health and Social Services concentrate on working out the strategic orientation for health policy and on monitoring the results, while divesting itself of the responsibility for administering the delivery of health services. It suggests that the Government consider reducing the size of the current ministry and look into establishing a new body to coordinate the actual delivery of health services. As well, the Commission reaffirms the validity of maintaining three levels of governance (provincial, regional and local) and suggests that the number of regional bodies (18) remain the same. It recommends that these regional bodies have the responsibility for setting up "Citizen Forums" to advise them on issues relating to regional health delivery.

PART II — THE CLAIR COMMISSION: THE REACTION SO FAR

It is no doubt true, as Carol Néron remarks in her commentary in *Le Quotidien* (January 19), that it will take a number of weeks for people to digest the full impact of the 59 recommendations and proposals contained in the Commission's 400-page report. However, the initial round of reactions — coming mainly from stakeholders, the press and the government — has seen more praise than criticism for the Commission's efforts.

In general, the Commission's central recommendation to create group family practices that would be able to provide care 24 hours a day, 7 days a week, has received the most favourable reaction. Its other innovative proposal — to create a special fund to pay for care for an aging population experiencing a loss of autonomy — has attracted criticism from those who worry that it entails an additional tax for the already overburdened Quebec taxpayer. Finally, commentators seem to be divided as to the degree of openness to the private sector that is reflected in the Commission's report.

One further concern that was voiced, amongst others, by Yves Lamontagne (*Le Devoir*, January 18), president of the Collège des médecins du Québec, was that whatever its merits, the timing of the report — coinciding as it did with the resignation of former Quebec Premier Lucien Bouchard — may limit its impact. This also contributed to diminishing the scale of public reaction to the report, according to Carol Néron.

Some reports, however, have begun to fill in certain of the details concerning key Commission recommendations, notably its proposal for a loss-of-autonomy tax. In its report, the Commission did not attempt to specify either the size of the fund that would be required, or the amount that each taxpayer could expect to have to pay. In an interview with *La Presse* (January 18), Guy Morneau — the president of the Régie des Rentes (Quebec Pension Fund), who initiated the idea for the loss of autonomy fund — suggested that it would cost individual taxpayers about \$135 a year, and that at its peak in 2035 the fund would need about \$21 billion in capital.

A. Selected Reactions

1. Stakeholders

As might be expected, given the important role the report assigns to the institutions on whose behalf it speaks, the association representing Quebec's community-based health centres (CLSCs) believed that the Commission had adopted most of its suggestions. They remained concerned, however, that the level of funding would not be adequate to allow the CLSCs to fulfill their mandate (*Le Devoir*, January 18). The Federation of General Practitioners of Quebec expressed great satisfaction with the report's emphasis on reforming front-line services. However, its president, Renald Dutil, also voiced his concern with regard to what he called the Commission's "weak and timid" funding proposals (*La Presse*, January 18).

The vice-president of the Quebec Hospital Association, Daniel Adam, said that hospitals looked forward to being freed from caring for flu patients and elderly persons who were tying up emergency wards and acute care beds, and also had praise for the Commission's recommendations that promotion in the health-care sector not be exclusively based on levels of seniority (*La Presse*, January 20).

Reaction on the union side was much more critical. The Vice-President of the Confédération des syndicats nationaux (CSN) lamented the fact that the Commission downplayed the need for massive reinvestment in the health-care system, while other unions also criticized the Commission's reliance on further taxation measures to fund its proposals (*Le Devoir*, January 18).

Louis Roy, President of the Fédération de la santé et des services sociaux, affiliated to the CSN, was highly critical of two aspects of the report. In the first place, he saw the overarching thrust of the report as heading in the direction of an increased privatization of the system. His second criticism concerned the tone adopted by the report towards its unionized workers, which he termed "paternalistic" and biased in favour of the employers (*La Presse*, January 25).

2. Other Reactions

Editorial reaction in the Quebec press was initially mixed, with most French-language papers commenting favourably on the report, while the English-language *Montreal*

Gazette adopted a largely critical stance. For example, Jean-Robert Sansfaçon of *Le Devoir* concluded his editorial (January 18) by saying that the report constituted a new starting point that should be followed up without delay if the health-care system is to be saved. The *Gazette*, for its part, said that despite a number of useful suggestions the report merely proposed tinkering with the system rather than revolutionizing it, notably by "getting the private sector more involved" (January 18).

The opposition in Quebec City was also critical of the report. The health critic for the Liberal Party of Quebec, Jean-Marc Fournier, saw the report as leading to an unwise increase in taxation and a progressive disengagement of the government from key sectors of the system (*Le Soleil*, January 18).

Finally, in an early commentary from academic circles, Antonia Maioni of McGill University, in a paper prepared for the Canadian Policy Research Networks, suggests that the report is a "determined attempt to think outside the box in policy terms" in which the Commissioners try to "make feasible suggestions that avoid ideological sparring or quick-fix solutions." She is concerned, however, that the Commission did not fully weigh all the consequences of its more contentious proposals, especially because "it remains unclear from the evidence presented in the report that these proposals are entirely compatible with ensuring the improvement and longevity of a publicly-funded health-care system."

3. The Government's Response

On 26 February 2001, Health Minister Pauline Marois indicated that the government intended to move forward with the creation of group family practices as recommended by the Clair Commission. She noted that a number of pilot projects were already under way that demonstrated the viability of this system. Its initial phases would be funded using \$140 million provided by the federal government over the next four years. Minister Marois also stated that she had already recommended to Cabinet that the Commission's proposal for a "loss of autonomy" fund be studied in detail, thereby enabling measures to be adopted quickly that would respond to the long-term needs of an aging population.⁽²⁾

(2) Sources: Ministry of Health Press Release, 26 February 2001 (c6725), and reports from Radio-Canada.

Library
of Parliament



Bibliothèque
du Parlement

**EXAMEN DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC
(LA COMMISSION CLAIR)**

Howard Chodos
Division des affaires politiques et sociales

Le 26 février 2001

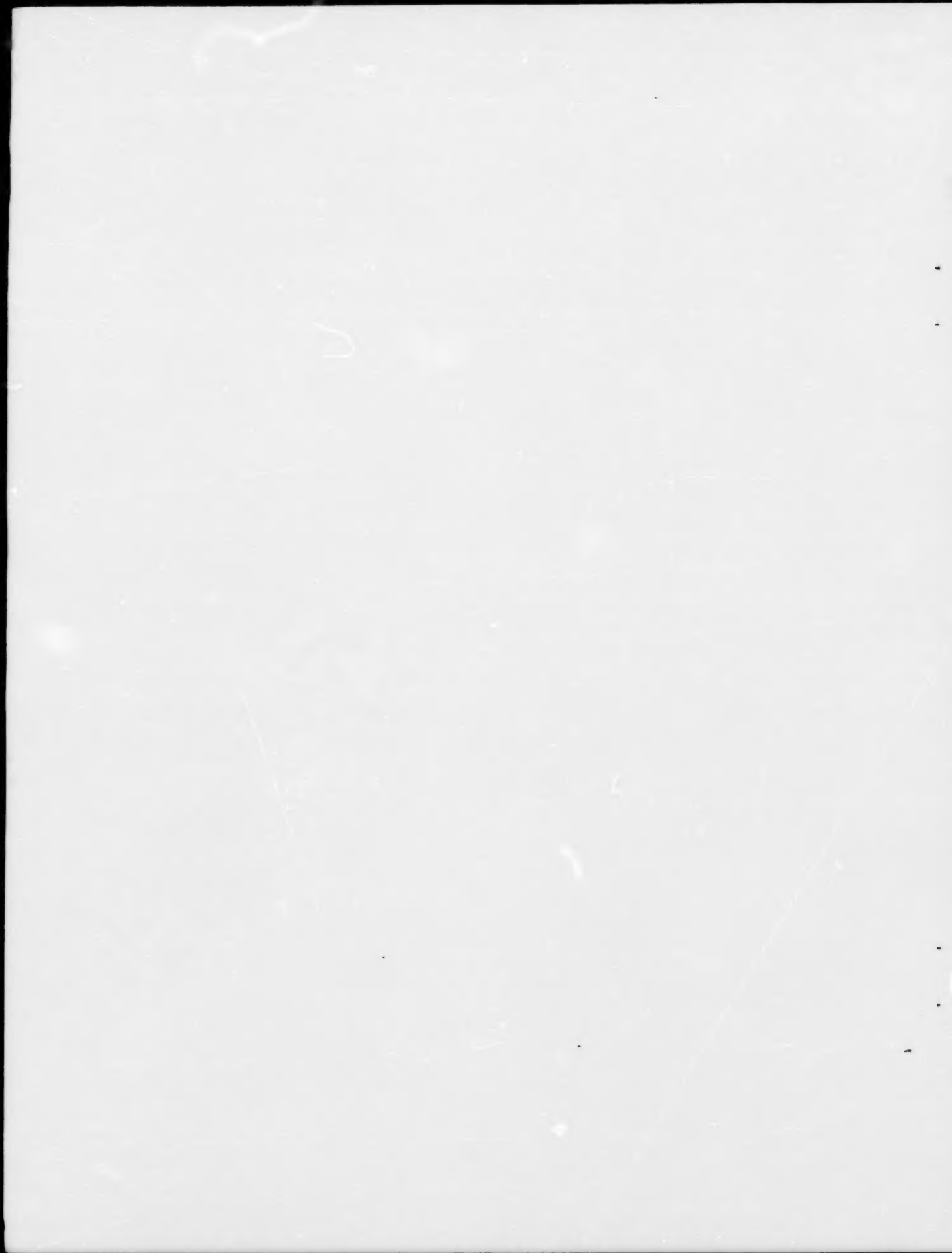
**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
GRANDES LIGNES	1
PARTIE I – RÉSUMÉ DU RAPPORT DE LA COMMISSION CLAIR	1
A. Une nouvelle vision pour la prochaine décennie	2
B. L'organisation des services de santé	2
1. La prévention	3
2. Les soins de première ligne	4
3. Les services aux personnes ayant des besoins spéciaux	4
4. La coordination des services spécialisés	5
5. De plus grandes responsabilités aux médecins et au personnel hospitalier	5
C. Les ressources humaines	5
D. Le financement public	6
E. La gouvernance	8
PARTIE II – LA COMMISSION CLAIR : RÉACTIONS À CE JOUR	9
A. Quelques commentaires	10
1. Les intervenants du secteur	10
2. Autres réactions	10
3. La réponse du gouvernement	11





CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

EXAMEN DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC (LA COMMISSION CLAIR)

GRANDES LIGNES

La première partie du présent document résume l'analyse du système de santé québécois contenue dans le rapport de la Commission Clair, déposé le 17 janvier 2001, ainsi que ses principales recommandations. Ce résumé est suivi d'un bref compte rendu des réactions au rapport de la part d'intervenants du secteur, d'observateurs et du gouvernement.

Le rapport de la Commission porte principalement sur la réforme de la prestation des soins de première ligne et sur les questions liées au financement du système de santé. Parmi les 36 recommandations et 59 propositions du rapport se trouvent un certain nombre de suggestions novatrices, notamment :

- réorganiser la prestation des soins de première ligne grâce à la création de groupes de médecine familiale formés de six à 10 médecins qui fourniraient des soins aux patients 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- créer un fonds d'assurance contre la « perte d'autonomie », financé par les contribuables, qui servirait à payer l'amélioration des soins à domicile et des services institutionnels au nombre croissant de personnes âgées.

PARTIE I – RÉSUMÉ DU RAPPORT DE LA COMMISSION CLAIR

Le 17 janvier 2001, la Commission nommée en juin 2000 par le gouvernement du Québec pour étudier la prestation des services sociaux et de santé dans la province – appelée Commission Clair (d'après le nom de son président, Michel Clair) – a déposé ses recommandations et son rapport final intitulé *Les solutions émergentes*. Au cours des audiences publiques qu'elle a tenues partout dans la province, la Commission a reçu 212 mémoires et entendu 124 représentants de divers organismes. Elle a de plus délégué sa responsabilité

d'entendre des membres du public à des organes régionaux de la santé qui ont reçu 550 autres mémoires et entendu directement le témoignage de 6 000 personnes. Ces organes régionaux ont ensuite communiqué leurs conclusions directement à la Commission. Enfin, la Commission a commandé un sondage exhaustif de l'opinion publique et organisé quatre conférences thématiques où elle a entendu plus de 30 témoins experts du Québec, du Canada et de l'étranger.

Le rapport contient 36 grandes recommandations, reposant sur 59 propositions de mise en œuvre. Elles portent sur les deux grands thèmes dont la Commission avait à s'occuper, soit la façon dont les services de santé sont organisés et fournis, et le financement public. Mais elles touchent également à la planification et à la gestion des ressources humaines de même qu'à la gouvernance globale du système de santé.

A. Une nouvelle vision pour la prochaine décennie

Dans leur introduction, les commissaires observent que les problèmes du système de santé dans la province de Québec s'apparentent à ceux éprouvés par d'autres pays. Ils ressortent à un impératif central : au fur et à mesure que les avancées scientifiques et médicales élargissent les possibilités d'intervention, ce qui implique une croissance des coûts, des décisions s'imposent à tous les échelons de la société. Les décideurs doivent déterminer comment dépenser des ressources limitées, tandis que les simples citoyens doivent décider de ce qui importe le plus : l'équité et la solidarité sociale, ou un contrôle individuel accru.

S'inspirant d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé, la Commission insiste sur le fait qu'une certaine rationalisation est indispensable pour tous les systèmes de santé et qu'il incombe à l'État de mettre en place les procédures permettant de prendre les décisions voulues sur les services à fournir. Un aspect inévitable de ce processus a trait à la nécessité d'établir un équilibre entre les services fournis à l'ensemble de la population et les traitements cliniques administrés à des patients particuliers. Pour la Commission, la prévention et la promotion de la santé sont nettement prioritaires.

B. L'organisation des services de santé

Dans l'esprit de cette orientation fondamentale, la Commission se penche, au deuxième chapitre de son rapport, sur l'organisation des services de santé. Elle observe que la

structure de prestation des soins au Québec reflète la réalité des années 1970. On valorise trop la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie des établissements de santé et une perspective générale fondée sur des « silos », chaque élément du système pouvant fonctionner indépendamment des autres. D'après la Commission, les nombreux changements qui ont marqué l'organisation du système au cours des dernières années – y compris la fermeture d'hôpitaux et la réduction de la durée du séjour à l'hôpital – sont survenus principalement en réaction à des événements plutôt que dans le cadre d'une nouvelle vision véritablement adaptée à l'évolution de la situation.

La Commission entreprend l'élaboration de sa propre vision en réévaluant le rôle du médecin de famille. L'idée maîtresse est d'encourager la formation de pratiques de groupe composées de six à 10 médecins pouvant fournir des services primaires complets aux patients 24 heures par jour, sept jours par semaine. Cette expansion des services de première ligne serait facilitée par l'élargissement du rôle du personnel infirmier praticien et par l'utilisation de la structure existante des centres locaux de services communautaires (CLSC), afin de coordonner l'activité de ces regroupements de médecins et de compléter leurs prestations par différents services spécialisés. La Commission recommande également d'établir des fichiers médicaux électroniques afin d'assurer la continuité des services fournis.

En ce qui concerne l'organisation des services, les recommandations de la Commission sont structurées autour de grands thèmes dont on donne un aperçu ci-après.

1. La prévention

Selon la Commission, la prévention constitue l'élément central d'une politique de la santé. Il incombe à l'ensemble du gouvernement, pas seulement au ministère de la Santé et des Services sociaux, d'assumer la responsabilité globale de la santé de la population. La Commission reconnaît que les résultats de la prévention se font sentir à moyen terme plutôt qu'à court terme, et que les priorités doivent être fixées en tenant compte de trois aspects importants du problème :

- certains facteurs de risque contribuent à différents problèmes de santé (p. ex., la consommation de tabac accroît les risques de maladie cardiaque, de cancer et de maladie respiratoire);
- les premières années de la vie revêtent une importance critique;
- une approche intégrée s'impose.

2. Les soins de première ligne

La Commission recommande qu'on reconnaisse comme piliers de la prestation des soins de première ligne au Québec les deux composantes actuelles du système de santé, c'est-à-dire les médecins et le réseau des CLSC. Elle envisage une coordination des services fondée sur une coopération entre les deux parties constitutives, plutôt que sur leur mariage forcé. Les CLSC se concentreraient sur la dimension sociale, alors que les groupes de médecins seraient au cœur de la prestation des services médicaux. Sur le plan concret, les CLSC aménageraient un ensemble commun de services qui seraient offerts partout dans la province et, en particulier, ils veilleraient à la prestation des soins « psychosociaux » de base. Ils passeraient des ententes de service avec des groupes formés de six à 10 omnipraticiens ainsi que d'infirmières et infirmiers, chaque médecin étant responsable de 1 000 à 1 800 personnes. Les patients pourraient encore choisir leur médecin de famille, mais ils s'engageraient par écrit à ne pas en prendre un autre pendant une période d'environ six mois, après quoi ils pourraient faire un nouveau choix. Les médecins seraient rémunérés en vertu d'une formule mixte conjuguant des paiements pour chaque patient inscrit auprès de la pratique, des paiements pour la participation du médecin à des programmes externes ainsi que des honoraires contractuels et des montants à l'acte. La Commission propose d'instituer graduellement ce système, sur une base volontaire, l'objectif étant d'inscrire environ 75 p. 100 de la population auprès des pratiques de groupe dans un délai de cinq ans.

3. Les services aux personnes ayant des besoins spéciaux

L'une des recommandations les plus novatrices de la Commission concerne l'établissement d'un fonds consacré à un réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie⁽¹⁾. Dans ce secteur, la Commission a tenu compte du fait que les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin d'un ensemble complexe, spécialisé et intégré de services leur fournissant les soins les plus appropriés, abstraction faite de l'emplacement. La prestation coordonnée de ces services incomberait aux CLSC, en collaboration avec les groupes de médecins, qui passeraient des ententes de service avec les CLSC à cette fin. On consacrerait un

(1) Il sera question de cette proposition dans la section consacrée au financement public.

budget spécial à de tels services à l'échelon régional, en vue d'accroître la disponibilité et la qualité tant des soins à domicile que des services institutionnels à l'échelle de la province.

4. La coordination des services spécialisés

La Commission recommande d'officialiser une structure hiérarchique pour les services hospitaliers spécialisés, répartis entre les hôpitaux locaux, régionaux et d'enseignement, avec une plus grande spécialisation à chaque palier. En vue de permettre la fourniture des services médicaux nécessaires dans une variété de milieux, la Commission propose en outre de permettre à des pratiques privées spécialisées de s'affilier à des hôpitaux. Elle espère ainsi que la prestation de certains services à l'extérieur du milieu hospitalier améliorera l'accès tout en réduisant les listes d'attente. Ces services seraient offerts sous la supervision du personnel hospitalier, et les patients n'auraient pas à acquitter de frais additionnels. Étant donné le caractère novateur de cette recommandation, la Commission propose de la mettre en œuvre graduellement après la réalisation d'une série de projets pilotes.

5. De plus grandes responsabilités aux médecins et au personnel hospitalier

La Commission recommande que les infirmières et infirmiers soient formés et intégrés graduellement au système.

C. Les ressources humaines

Le troisième chapitre du rapport porte sur les dossiers des ressources humaines. La Commission déplore le fait que, malgré l'importance qu'elles revêtent pour le fonctionnement global du système, les ressources humaines n'ont jamais été considérées comme une valeur stratégique. Elle observe que l'approche de gestion adoptée dans le secteur de la santé repose largement sur un modèle antagoniste de relations industrielles qui fait que l'intérêt public et les besoins des clients ne sont pas entièrement respectés. Elle réclame donc une réorganisation en profondeur des méthodes de travail, à laquelle participeraient les syndicats et les dirigeants, en vue de contrer la morosité qui est devenu endémique. À cette fin, elle propose que chaque établissement inaugure un projet destiné à permettre à la direction, aux professionnels et aux autres employés de coordonner leurs efforts afin d'améliorer le service à la clientèle. La

Commission estime également nécessaire de trouver des moyens de faire dépendre l'avancement à la fois du mérite et de l'ancienneté, plutôt que de celle-ci exclusivement.

D. Le financement public

Le quatrième chapitre a trait au financement du système. La Commission fait remarquer qu'on est passé d'une conception des soins comme d'un ensemble de services assurés à l'idée d'un droit individuel aux services. À son avis, cela s'est accompagné d'une confusion croissante quant à ce qui est assuré et à ce qui ne l'est pas par le système public; on est même arrivé au point où plus personne ne sait exactement qui est censé fournir quoi, à qui, dans quel délai et à quel endroit. Seuls les experts peuvent déchiffrer les coûts des différents services, et personne ne sait vraiment qui décide des services assurés, de la provenance des fonds et de leur affectation.

La Commission réitère l'importance sociale des cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé (LCS)*, mais signale qu'il faut les réinterpréter à la lumière des réalités contemporaines. Tout en rejetant l'idée d'un système à deux vitesses et en insistant sur le fait que le financement public demeure le fondement du système, la Commission réclame une mutation profonde des valeurs qui aurait pour effet de remplacer une culture conformiste par une vision novatrice et dynamique et favoriserait le partenariat entre les institutions des secteurs public, privé et le tiers secteur.

Afin de préserver à long terme la capacité de la province de fournir des services de santé malgré la croissance continue des dépenses, la Commission recommande que le gouvernement fixe les dépenses publiques maximales qu'il juge acceptables et prévoie des affectations budgétaires triennales pour le réseau de la santé.

La Commission indique clairement que la principale source de financement des services assurés devrait être le trésor public, mais elle recommande aussi d'explorer d'autres modes d'assurance collective en vue de payer un élargissement des services; elle propose en outre de créer un fonds spécial pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, constitué grâce à un impôt contre la « perte d'autonomie » prélevé auprès de l'ensemble de la population. Bien que la Commission considère que les augmentations récentes des paiements de transfert fédéraux aux provinces aient permis d'améliorer le financement du secteur de la santé, ces contributions sont malgré tout insuffisantes.

Par conséquent, elle demande au gouvernement du Québec de réclamer cinq ou six fois plus d'argent que le financement déjà alloué par le gouvernement fédéral. Il s'agirait d'investir sur une période de cinq à six ans dans le renouvellement de l'équipement médical, le déploiement de la technologie de l'information, la réorganisation des soins de première ligne et la mise en place d'une nouvelle infrastructure. Afin de mettre un terme au financement de « silos », la Commission propose de fonder la répartition des ressources sur la « population », de manière à instaurer une approche intégrée de la prestation des services et de remplacer le modèle hiérarchique et bureaucratique par un modèle basé sur les liens contractuels entre les différents éléments du système.

La Commission observe que l'éventail des services assurés n'a pas évolué au rythme des changements démographiques, épidémiologiques et technologiques. Malgré la volonté générale d'éviter un système à deux vitesses, la Commission remarque qu'il existe déjà de nombreuses zones grises favorisées par le manque de ressources. Elle met en cause la logique qu'il y a à ne pas assurer les services à domicile même lorsqu'ils sont rentables, ou à insister sur la prestation des services dans les salles d'urgence des hôpitaux, où ils coûtent plus cher que ce ne serait le cas dans un milieu moins technique.

La Commission n'avait pas le mandat de réinterpréter les cinq principes de la LCS, mais elle fait néanmoins ressortir les injustices découlant de la façon dont ils sont actuellement compris et elle indique qu'il est urgent de les revoir. Elle recommande que le gouvernement établisse, en vertu d'un texte de loi, un organe crédible – composé d'experts scientifiques, de médecins spécialistes, d'éthiciens et de citoyens respectés – qui réévaluerait continuellement le groupement des services assurés et ferait des propositions concernant l'adoption de nouvelles technologies et de nouveaux traitements.

La Commission observe qu'à l'heure actuelle, aucun mécanisme ne permet de suivre systématiquement les différents inducteurs de coûts du système; elle demande donc au gouvernement d'élaborer un plan d'action à cet égard. Elle signale que bon nombre de ses recommandations pourraient contribuer positivement au contrôle des coûts, y compris le recours à des dossiers électroniques et à une « carte à puce », qui permettraient à tous les fournisseurs de soins d'accéder au dossier médical d'un patient. En outre, la Commission recommande de mettre en branle différents programmes de partenariat avec des organismes du secteur privé à but lucratif et sans but lucratif; elle note que la participation du secteur privé est plus élevée dans de nombreux pays dont le système est financé par des fonds publics et que cette participation n'est pas aussi controversée qu'au Canada.

La Commission propose qu'on organise une « corvée » en vue de recueillir des fonds auprès du secteur privé, des syndicats, des professionnels de la santé, du grand public, des organismes philanthropiques ainsi que des gouvernements fédéral et provincial, dans le cadre d'un programme d'investissement majeur dans les infrastructures et la technologie de la santé. Elle propose que certains services de soutien dans le secteur hospitalier (lessive, services alimentaires) soient transformés progressivement en sociétés d'économie mixte dans lesquelles les syndicats seraient invités à investir. Enfin, elle recommande que le gouvernement crée une « Fondation Québec Techmed » afin de promouvoir l'investissement dans la technologie médicale. Celle-ci obtiendrait au départ 100 millions de dollars de la part du gouvernement, mais solliciterait 500 millions de dollars supplémentaires auprès de diverses sources privées, lesquelles bénéficieraient de généreux incitatifs fiscaux.

Comme on l'a mentionné plus haut, l'une des recommandations novatrices du rapport porte sur la création d'un fonds d'assurance contre la perte d'autonomie à long terme et financé grâce à un impôt spécial. D'après la Commission, cela permettrait au système de répondre simultanément à différents objectifs : établir à l'échelle de la province un système équitable de soins institutionnels et de soins à domicile; réduire les coûts et les inconvénients associés à l'hospitalisation à long terme; et soutenir et compléter le travail des fournisseurs de soins non professionnels. La Commission insiste pour dire que ce fonds doit être distinct des recettes provinciales générales, et elle recommande donc qu'il soit administré par un organisme comme la Régie des rentes du Québec.

E. La gouvernance

Le dernier chapitre du rapport traite de la gouvernance du système de santé aux échelons local, régional et provincial. La Commission observe qu'il y a une grande insatisfaction à l'échelle du réseau quant au fonctionnement basé sur les « silos » et aux « guerres de clocher » qui s'ensuivent. Parallèlement, compte tenu de la complexité du système, la Commission a cru préférable de ne recommander que les modifications les plus urgentes. Elle propose que le ministère de la Santé et des Services sociaux concentre ses énergies sur les grandes orientations de la politique en matière de santé et sur le suivi des résultats, et qu'elle renonce à la responsabilité d'administrer la prestation des services. Elle suggère que le gouvernement envisage de réduire la taille du ministère actuel et d'établir un nouvel organisme chargé de coordonner la prestation comme telle des services de santé. Elle considère qu'il convient de maintenir trois niveaux de gouvernance (provincial, régional et local) et préconise le

maintien du même nombre de régies régionales (18). Elle recommande de confier à ces régies régionales la responsabilité d'établir des « forums de citoyens » chargés de les conseiller sur les questions liées à la prestation des services en région.

PARTIE II — LA COMMISSION CLAIR : RÉACTIONS À CE JOUR

Comme le fait remarquer M^{me} Carol Neron dans *Le Quotidien* du 19 janvier, il ne fait aucun doute que de nombreuses semaines seront nécessaires pour saisir toute la portée des 36 recommandations et 59 propositions contenues dans le rapport de 400 pages de la Commission. Toutefois, les réactions initiales — principalement des intervenants du secteur, de la presse et du gouvernement — sont plus louangeuses que critiques à l'égard des efforts de la Commission.

En règle générale, c'est la recommandation centrale de la Commission, portant sur la création de groupes de médecine familiale capables de fournir des soins 24 heures par jour, sept jours par semaine, qui a fait l'objet des commentaires les plus favorables. L'autre proposition novatrice de la Commission — créer un fonds spécial pour payer les soins à une population vieillissante en perte d'autonomie — s'est méritée les critiques de ceux qui considèrent qu'elle créera un impôt supplémentaire pour le contribuable québécois déjà surtaxé. Enfin, les analystes ne semblent pas s'entendre sur le degré d'ouverture à l'égard du secteur privé qui se manifeste dans le rapport de la Commission.

Une autre préoccupation, exprimée entre autres par M. Yves Lamontagne (*Le Devoir*, 18 janvier), président du Collège des médecins du Québec, est que, peu importe les qualités du rapport, le moment de son dépôt — qui a coïncidé avec la démission de l'ex-premier ministre du Québec, M. Lucien Bouchard — pourrait en limiter l'impact. D'après M^{me} Carol Neron, cela a également contribué à atténuer la réaction du public au document.

Toutefois, certains rapports commencent à jeter plus de lumière sur des recommandations clés de la Commission, notamment sa proposition d'établir un impôt pour la perte d'autonomie. Dans son rapport, la Commission n'a pas cherché à préciser la taille du fonds qui serait nécessaire ou la somme que chaque contribuable serait appelé à payer. Dans une interview accordée à *La Presse* (18 janvier), M. Guy Morneau — président de la Régie des rentes du Québec, qui est à l'origine de l'idée du fonds contre la perte d'autonomie — a estimé qu'il en coûterait environ 135 \$ par année à chaque contribuable et qu'au plus fort des besoins, en 2035, le fonds aurait besoin d'un capital d'environ 21 milliards de dollars.

A. Quelques commentaires

1. Les intervenants du secteur

Comme on pouvait s'y attendre, étant donné le rôle important accordé dans le rapport aux institutions dont elle est la porte-parole, l'association qui représente les centres québécois de santé communautaire (CLSC) estime que la Commission avait adopté la plupart de ses suggestions. Toutefois, elle craint que les fonds alloués ne permettent pas aux CLSC de s'acquitter de leur mandat (*Le Devoir*, 18 janvier). La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec est très satisfaite de constater qu'on a mis l'accent sur la réforme des services de première ligne. Toutefois, son président, M. Renald Dutil, exprime aussi des préoccupations au sujet des propositions de financement de la Commission, qu'il considère trop « timides » (*La Presse*, 18 janvier).

Le vice-président de l'Association des hôpitaux du Québec, M. Daniel Adam, indique que les hôpitaux ont hâte de ne plus devoir s'occuper des patients ayant la grippe et des personnes âgées qui engorgent les services d'urgence et qui occupent les lits pour soins aigus, et il se réjouit du fait que la Commission recommande que les promotions dans le secteur de la santé ne soient pas fondées uniquement sur le niveau d'ancienneté (*La Presse*, 20 janvier).

Du côté des syndicats, la réaction est beaucoup plus critique. Le vice-président de la Confédération des syndicats nationaux (CSN) déplore que la Commission ait minimisé l'importance d'un réinvestissement massif dans le système de santé, tandis que d'autres syndicats critiquent aussi le fait que la Commission s'en remet à de nouvelles mesures fiscales pour financer ses propositions (*Le Devoir*, 18 janvier).

M. Louis Roy, président de la Fédération de la santé et des services sociaux, affiliée à la CSN, critique fortement deux aspects du rapport. En premier lieu, il considère que le document va irrémédiablement dans la direction d'une privatisation accrue du système. Sa deuxième critique concerne le ton adopté dans le rapport à l'égard de ses travailleurs syndiqués, qu'il considère « paternaliste » et biaisé en faveur des employeurs (*La Presse*, 25 janvier).

2. Autres réactions

La réaction initiale des éditorialistes de la presse québécoise est partagée, la plupart des journaux de langue française se disant favorables au rapport, tandis que le *Montreal Gazette*, de langue anglaise, se montre très critique. Par exemple, dans l'éditorial du 18 janvier du journal *Le Devoir*, M. Jean-Robert Sansfaçon dit que le rapport constitue un

nouveau point de départ auquel il faudra donner suite sans délai pour sauver le système de santé. De son côté, la *Gazette* indique que, malgré un certain nombre de recommandations utiles, le rapport ne propose que de réaménager le système plutôt que de le révolutionner, notamment grâce à une « participation accrue du secteur privé » (18 janvier).

À Québec, l'opposition a également critiqué le rapport. Le porte-parole du Parti libéral du Québec en matière de santé, M. Jean-Marc Fournier, considère que le rapport va donner lieu à une augmentation contre-indiquée de l'imposition et à un désengagement progressif du gouvernement dans des secteurs clés du système (*Le Soleil*, 18 janvier).

Enfin, l'une des premières réactions des milieux universitaires est venue de M^{me} Antonia Maioni, de l'Université McGill; dans un document à l'intention des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, elle exprime l'avis qu'on a « délibérément cherché à sortir des sentiers battus » et que les commissaires ont voulu « présenter des recommandations réalisables qui s'écartent de l'argumentation idéologique et des solutions simplistes ». Elle ajoute cependant que la Commission n'a pas évalué toutes les conséquences de ses propositions plus controversées, notamment parce que le rapport « ne démontre pas clairement que celles-ci vont dans le sens d'une amélioration et de la longévité du système de santé financé par l'État ».

3. La réponse du gouvernement

Le 26 février 2001, la ministre de la Santé, M^{me} Pauline Marois, a annoncé que le gouvernement avait l'intention d'aller de l'avant avec la création des groupes de médecine familiale selon la recommandation de la Commission Clair. Elle a indiqué qu'un certain nombre de projets-pilotes déjà en cours prouvaient la viabilité du système. Les phases initiales seront financées grâce à 140 millions de dollars fournis par le gouvernement fédéral au cours des quatre prochaines années. La ministre M^{me} Marois a également déclaré qu'elle avait déjà recommandé au Cabinet qu'on étudie en détail la proposition de la Commission concernant la création d'un fonds contre la « perte d'autonomie », ce qui devrait permettre d'adopter rapidement des mesures axées sur les besoins à long terme d'une population vieillissante⁽²⁾.

(2) Sources : Communiqué de presse du ministère de la Santé, 26 février 2001 (c6725), et rapports de Radio-Canada.